

SAINT LUC MEDICAL

1964 N°. 2

SOMMAIRE

seule une collaboration des prêtres et des laïcs peut ouvrir l'église au monde

par monsieur François BEDARIDA
secrétaire général du Centre Catholique des Intellectuels Français (1)

I

LES LAICS DE NAGUERE.

Pour qui regarde le passé de l'Eglise c'est un fait bien connu que des laïcs ont vu leur statut et leur influence décliner à partir du Bas-Empire. Si bien que, une quinzaine de siècles durant, ils ont été relégués *à un rôle subordonné et à des fonctions mineures*. Seule exception à cette passivité: leur aptitude largement reconnue aux contributions financières qui leur donnait en ce domaine une place de choix.

Mais il serait tout à fait exagéré, et même historiquement faux, de se borner à ce seul aspect du laïcat. En fait tout au long de l'histoire de l'Eglise un certain nombre de laïcs ont joué un rôle éminent. Alors que le *laïcat* en corps restait muet et soumis, car une

(1) Extrait de «TEMOIGNAGE CHRETIEN». Nous remercions la Rédaction pour son aimable autorisation de reproduire cet article.

participation active eût soulevé des méfiances et des résistances sans nombre, au contraire à titre individuel, *des laïcs*, personnalités du monde chrétien ou du monde tout court, sont intervenus très directement dans la vie de l'Eglise et l'ont influencée en des sens variés, que ce soit par le poids de leurs péchés ou la grâce de leur sainteté.

De Constantin à Charles-Quint, de Thomas More à Montalembert, de O'Connel à Péguy, la liste est longue des chrétiens qui ont jalonné la route du grand cortège ecclésial. Or, ces laïcs qui ont marqué l'Eglise, qui ont exercé une influence jusque sur l'institution ecclésiastique, se divisent en deux catégories. En effet, deux types d'hommes, deux attitudes très différentes sont à distinguer.

1. Défendre les intérêts de l'Eglise.

Pour les uns, l'essentiel c'était la défense des intérêts de l'Eglise sur le plan temporel, face à un pouvoir civil envahissant ou hostile (ou dans le cas des souverains la défense des traditions ecclésiastiques nationales contre la mainmaise romaine). Les moyens choisis étaient ceux de la politique, de la puissance, de l'Etat. Même si l'appui escompté du bras temporel ne s'exerçait pas toujours dans le sens de l'alliance du trône et de l'autel pour revendiquer la liberté religieuse, condition de l'épanouissement de la vie de l'Eglise, cette attitude ne pouvait échapper à des confusions de plans: témoin ce qu'on a appelé au XIXe siècle, d'après le titre même du journal de Mgr Dupanloup, «*la défense sociale et religieuse*».

2. Atteindre les âmes.

Au contraire d'autres laïcs, non moins soucieux de la diffusion de la vérité auprès de tous, ont préféré agir de façon plus discrète, plus intérieure.

Pour eux, le message évangélique devait atteindre les âmes en profondeur, par le témoignage, par des moyens proprement religieux (conférences et cercles d'études, associations de charité, confréries, exercices spirituels, etc.). Même s'ils furent peu nombreux, ces laïcs ont acquis eux aussi, moins par leur «rang» social ou par leur influence politique que par leur vie intérieure et leur souci d'en-

gagement désintéressé, une solide influence soit dans leur paroisse soit auprès des évêques. De ce «modèle» de laïc, Ozanam offre le plus bel exemple.
Autrement dit, laïcat et évangélisation apparaissent étroitement liés à la lumière de l'histoire de l'Eglise. Plus le souci d'évangélisation est fervent et sincère, plus le rôle du laïcat se dégage comme nécessaire et irremplaçable. Telle est bien, du reste, la situation dans laquelle nous nous trouvons à l'heure actuelle.

LES LAICS D'AUJOURD'HUI.

Aujourd'hui les laïcs croient de moins en moins à une rechristianisation par la vertu de structures ou d'institutuions dites «chrétiennes». Aussi la première attitude que nous avons décrite n'attire-t-elle plus guère, et l'on préfère une action en profondeur dans l'ordre spécifiquement religieux.
Avant d'exprimer ce qui, présentement, nous paraît essentiel pour que les laïcs jouent pleinement leur rôle dans l'Eglise, il nous faut d'abord prendre en compte les progrès accomplis: la ré-émergence historique du peuple chrétien depuis deux générations, la théologie du laïcat en voie de constitution, la prise de conscience au Concile. Tout cela, c'est un acquis à partir duquel nous avons à bâtir les vingt ou trente années à venir.
Pour aboutir, nous avons maintenant à poursuivre un triple objectif.

1. **Nécessité des rapports clergé-laïcat.**

La nécessité des contacts fréquents entre clergé et laïcat, entre hiérarchie et fidèles, a été proclamée à maintes reprises au cours des derniers mois. Sur ce point, tout le monde est d'accord. Mais sous quelle forme? Faut-il institutionnaliser une telle pratique?
A mon avis, même si la création de certains organismes est fort utile, ce serait à la fois un leurre et un danger de sclérose que de se borner à une telle réforme. La vacuité de bien des «*laïcs de comité*» plus ou moins cléricalisés est-elle en fin de compte tellement préférable au cléricalisme du «*curé factotum*»? Ce qui importe, c'est la qualité bien plus que la forme juridique des relations.

Malgré la bonne volonté qui se manifeste aujourd'hui au Concile, bien des progrès restent ici à faire pour qu'on en arrive à des *rapports sans complexes* (de supériorité ou d'infériorité). Beaucoup de pasteurs se dessaisissent aisément des avantages, privilèges et honneurs, mais beaucoup moins du *statut* et de la *mentalité* subtilement créés par des siècles de tradition cléricale.
A l'inverse, un effort est à exiger des laïcs autant que du clergé paroissial ou des évêques. Reconnaissons-le tout net, si certains clercs redoutent de perdre leur rôle de patronage, bien des laïcs contribuent eux-mêmes à leur condition de «*sous-développés ecclésiaux*». Soit qu'ils aient été marqués par le poids historique des conceptions ecclésiologiques. Soit que par paresse ils trouvent confortable de laisser au clergé les responsabilités.
Aussi l'une des tâches les plus urgentes est-elle la *formation doctrinale et spirituelle du laïcat*, car seule une minorité est à l'heure actuelle capable d'affronter les tâches qu'on est en droit désormais d'exiger de lui. Cela non pour déboucher sur une revendication rageuse ou grinçante, mais *pour tenir sa place avec assurance, courage et franchise.*

2. **Participation aux responsabilités hiérarchiques.**

Dans la mesure où, comme nous l'avons vu, les laïcs sont indispensables pour l'évangélisation, ce nouveau style dans les rapports avec les prêtres et les évêques doit aboutir à une collaboration pastorale. Mais cette collaboration, *au lieu* de se situer uniquement comme autrefois au niveau *de l'exécution*, doit revêtir la forme d'un *travail en commun pour la conception et l'élaboration de la pastorale*. Qu'il s'agisse de pastorale d'ensemble ou de pastorales particulières (quartier, village ou toute autre communauté sociale), il faut qu'elles résultent d'une réflexion ensemble, l'étude et la mise en œuvre s'harmonisant et s'équilibrant. Il s'agit donc là d'une participation aux responsabilités hiérarchiques beaucoup plus vaste que l'Action Catholique.
D'autant que le progrès des techniques d'une part, des sciences sociales d'autre part, fait chaque jour la preuve de la complexité grandissante des problèmes.
En face de cette technicité du monde, n'est-ce pas aux laïcs, qui y sont davantage plongés et surtout qui disposent de meilleurs

instruments pour l'appréhender et l'analyser, qu'incombe une fonction essentielle? Sans être les seuls, ILS SONT DU MOINS LES PLUS APTES A DECHIFFRER ET A INTERPRETER LES DONNEES DU MONDE PROFANE ET LEURS IMPLICATIONS, SOIT MORALES SOIT RELIGIEUSES.
On a récemment compris l'interêt de la sociologie religieuse et même de la sociologie tout court pour l'aménagement des paroisses dans le cadre de l'aménagement du territoire. Il faudrait étendre cet exemple de collaboration à bien d'autres domaines.
De même pour les découvertes de la biologie ou de la médecine psychosomatique, la télévision, les techniques de planification ou les problèmes de l'energie nucléaire, l'analyse des sociétés industrielles et celle du sous-développement: si toutes ces données, connaissances et expériences ne trouvent pas à s'intégrer dans la pastorale, il en résultera inéluctablement inefficacité, effacement, affadissement. Pourquoi ne pas envisager des *groupes de réflexion commune pour la pastorale, la catéchèse, la prédication?*

3. Développer une nouvelle spiritualité.

Laïcs et clercs n'ont pas seulement à forger ensemble une pastorale, ils ont à développer uns nouvelle spiritualité: une spiritualité pour laïcs du XXe siècle. Des ébauches s'esquissent ici ou là dans tel groupe de foyers, dans telle communauté ouvrière ou étudiante, dans telle famille paysanne. Mais quelle différence par rapport aux canons traditionnels et établis de la sainteté!
Au «modèle» monastique qui, tout en gardant une part de signification éternelle, est inapplicable, transposé dans le monde, *il est urgent de substituer un «modèle» pour les hommes et les femmes, mariés, travailleurs, engagés, d'aujourd'hui.*
Chacun a pu en faire l'expérience: seul le témoignage plein et accompli d'un laïc vivant vraiment sa foi dans son milieu est aujourd'hui capable de toucher notre société déchristianisée. C'est ce type de sainteté qui doit donc être proposé par l'Eglise enseignante en modèle à tous nos contemporains qui peinent et s'essoufflent à la recherche d'une spiritualité qui convienne aux situations et aux mentalités de la seconde moitié XXe siècle.

François BEDARIDA.

pourquoi nos enfants nous échappent

par le R. P. Pierre DELOOZ s.j. (1)

Note de l'Auteur: La conférence, dont on me presse aimablement de laisser publier un résumé, était bien davantage un cours devant le tableau noir.
Un cours extrêmement sommaire, puisqu'il aurait voulu, en une heure et demie, donner une idée du contexte sociologique dans lequel s'inscrit aujourd'hui la tâche d'un éducateur de chez nous.
Faut-il dire que le condensé qu'on va lire exigerait d'innombrables nuances, commentaires, précisions, compléments, justifications? Enfin, il paraît que, tel quel, il peut malgré tout faire réfléchir...

INTRODUCTION.

La question: **,,Pourquoi nos enfants nous échappent-ils?''** peut recevoir plusieurs réponses selon le point de vue auquel on se place, selon la méthode d'analyse utilisée, selon l'objectif qu'on se propose.
Nous l'abordons ici **du point de vue sociologique**, point de vue précis, limité, qui n'épuise pas le sujet. Une réponse plus complète devrait faire appel aux apports d'autres disciplines.
La sociologie, d'emblée, situe les problèmes dans un réseau de rapports sociaux. Au lieu d'isoler les problèmes, elle les situe dans une complexité; elle les confronte avec des problèmes analogues

(1) Ce texte a paru dans la Revue diocésaine de Tournai.

et les désindividualise, si l'on peut dire. Aussi, devant l'attitude de tel jeune particulier, elle fait aussitôt référence à des groupes qui peuvent expliquer son attitude. Finalement, elle fera référence à la totalité de l'expérience humaine.

Quand tel éducateur se trouve perplexe devant tel comportement, le sociologue inscrit perplexité et comportement dans un système de coordonnées où des milliers d'autres expériences vont aussi s'inscrire et l'explication, à son niveau, tiendra compte de l'ensemble et se fondera sur l'ensemble.

Aujourd'hui, on peut sans doute différer d'opinion sur le comportement des jeunes, mais on ne peut pas s'arrêter à des expériences limitées. Nous sommes désormais outillés pour voir des ensembles. Le problème de la jeunesse n'est pas que le problème de la jeunesse; il est aussi et davantage le problème de la société, du passé de la société et de l'avenir de la société.

On peut admettre, comme les auteurs du **Matin des magiciens** que nous sommes en pleine mue de la conscience humaine, qui commence à entrevoir de nouveaux horizons; les jeunes seraient sensibles à cette naissance d'un nouveau monde; ils en pressentiraient les promesses au moment où leurs pères ont besoins d'un **Plaidoyer pour** l'avenir. En tout cas, leur manière de vivre et de sentir l'avenir s'explique, pour une part importante, par des données positives, d'ordre social, sur lesquelles un éducateur peut réfléchir.

1. EVOLUTION DES CIVILISATIONS.

Une première constatation s'impose: nous savons désormais que nous n'apercevons qu'un bref moment de l'histoire; nous savons que le temps passe et que notre famille, notre pays, notre continent s'inscrivent dans le contexte d'une civilisation qui naît, s'épanouit, s'étiole et meurt.

S'il faut en croire A. TOYNBEE, chaque civilisation passe par une phase ascendante; elle atteint un point optimum, puis se dégrade et s'éteint. Chacune a son faciès et sa durée propres, mais connaît un **essor,** un **breakdown** et un **déclin**.

On estime qu'il y a cinq cent mille ans que l'homme a commencé à se manifester dans le monde. Pendant un temps extrêmement long, des sociétés primitives se sont succédées, dont nous ne savons en-

core que peu de choses; pendant toute cette préhistoire, nous ne pouvons encore discerner des civilisations. L'histoire des civilisations commence il y a quelque vingt mille ans, et on en compterait vingt-et-une sur ce laps de temps relativement court.

Il faut donc reconnaître que le champ d'observation est très restreint pour établir l'histoire de l'évolution de l'humanité: nous ne possédons des données — très inégales — que sur 1 % du temps que l'homme a passé sur la terre.

On a tenté d'évaluer les chances de survie de l'humanité.

La chronologie courte donne à cette évolution future une durée de deux millions d'années. Deux constatations:

1. les 5.000 ans d'observations historiques sont imperceptibles dans cette durée;
2. l'histoire de l'évolution de l'humanité en est, en 1964, à ses débuts.

On peut estimer que notre civilisation a pris son départ vers l'an 500; elle aurait atteint son point optimum et son breakdown au XIIIe siècle; depuis, elle déclinerait.

En 1964, nous approcherions de sa phase de dislocation. Combien de temps survivra-t-elle? Un siècle ou deux? En tout cas **la phase finale de notre civilisation annonce la phase initiale de la civilisation qui suit**, puisque l'évolution de chaque civilisation suit le même schéma.

II. OU EN SOMMES-NOUS? ASPECTS DE L'EVOLUTION DE NOTRE CIVILISATION.

1. Les occupations des gens changent.

Il n'y a pas si longtemps, la majorité des habitants de notre pays étaient des agriculteurs. Une faible proportion était des artisans et un petit nombre état occupé dans tout le reste des professions.

Aujourd'hui, il n'y a plus chez nous que 12% d'agriculteurs.

Il y a par contre 42% d'ouvriers et déjà 46 % dans les autres professions.

Nous allons aboutir bientôt dans un monde où il ne restera que 8% d'agriculteurs, où le nombre d'ouvriers, qui diminue déjà, va se réduire encore; ce sont les professions des autres types, qui vont

l'emporter. Elles occupent actuellement plus de 60 % de la population américaine.

Conséquence: la jeunesse se fait une représentation mentale du monde de plus en plus différente de celle des adultes, aussi est-elle différente dans ses comportements comme dans ses centres d'intérêts. **C'est à ce monde à venir pour bientôt qu'il faut la préparer, un monde dont personne n'a jamais fait l'expérience.**

2. La famille est construite sur un autre schema.

Autrefois, la famille avait gardé le **type partiarcal** du lignage:l'aïeul masculin dominait ses fils et petits-fils et toute la famille; la femme n'avait guère d'autorité. Il y avait six enfants en moyenne par famille. Aujourd'hui, l'égalité du père et de la mère est à peu près acquise; l'autorité est devenue **conjugale**. Il n 'y a plus que deux enfants en moyenne par famille. D'autre part, les parents, désormais, continuent à **vivre après l'adolescence de leurs enfants.** Ils sont, les premiers, ou à peu près, dans l'histoire humaine à faire l'expérience d'une vie conjugale qui, au lieu de durer 15 ans, en dure généralement 40.

3. La structure de la population évolue rapidement.

a Le nombre d'habitants **augmente** de façon continue et rapide, encore qu'en Belgique le rythme de cette augmentation soit un des plus lents du monde.

b Cette structure, au point de vue des âges, est tout à fait transformée. Il n'y a pas si longtemps, **les jeunes** formaient la majorité de la population, bien que la mortalité infantile fût très élevée; beaucoup n'atteignaient pas l'âge adulte, mais l'âge moyen était de 20 ans. Ceux que nous considérons aujourd'hui comme des vieillards étaient rares.

Aujourd'hui la majorité de la population est composée **d'adultes ou de vieillards**, occupant plus longtemps que jamais les postes d'influence et d'autorité.

4. Les jeunes sont éduqués et occupés dans un nouveau milieu.

Pendant plus de mille ans, adultes, adolescents et enfants **ont vécu en commun**. Les écoles étaient rares et n'étaient fréquentées que par des privilégiés. La plupart des enfants entraient directement en apprentissage dans les familles des patrons, où ils se trouvaient

quasiment adoptés. Pratiquement chaque famille éduquait, à partir de sept ou huit ans, les enfants des autres. D'autre part, le type d'habitat très exigu consacrait la fusion des âges; on vivait dans une pièce commune, témoin de toutes les activités essentielles: travail, repas, sommeil.

Ces interférences entre familles et cette communion continue des âges ont eu pour conséquence de créer une **très forte cohésion de la population,** de former des modèles culturels communs à toute la société.

Aujourd'hui, la spécialisation des activités a détruit cette cohésion. Mais ce qui est particulièrement neuf dans la civilisation qui naît, et déconcertant au regard des adultes, c'est que **la société voit apparaître dans son sein un groupe social inattendu: le groupe des adolescents, avec ses modèles culturels bien à lui.** L'institution de l'obligation scolaire et les facilités données aux jeunes de parfaire leur formation dans les enseignements moyen et supérieur, sont les générateurs de ce groupe social nouveau.

L'obligation scolaire, décrétée en 1914, n'est devenue effective qu'en 1921 et s'est imposée dans toute l'Europe, sauf dans le sud des pays méditerranéens. Depuis une quarantaine d'années, les jeunes se rejoignent dans les établissements scolaires où, dès le jeune âge, ils sont réunis par classe d'âge, et cela jusqu'à la fin de l'adolescence. Ce n'était jamais arrivé auparavant sur une échelle aussi large.

Il n'est donc pas étonnant qu'au sein de ces rassemblements journaliers de jeunes soient nés des modèles culturels particuliers à l'âge juvénile, et ce **en dehors de l'influence des adultes.** Comme nous le disions plus haut, les jeunes commencent à se donner à eux-mêmes des modèles culturels bien spécifiques de leur groupe social. Ils font pour une part non négligeable leur éducation entre eux.

III. MODELES CULTURELS PROPRES AUX ADOLESCENTS

Remarquons que les adultes sont très sensibles à cette attitude nouvelle d'une jeunesse que leur paraît ainsi leur échapper. Ils sont assez communément persuadés de la détérioration du comportement des jeunes et invoquent une délinquance juvenile, spécialement virulente aujourd'hui, d'après eux.

Ce pessimisme ne résiste pas à l'analyse objective. Loin de croître

dans un pays comme le nôtre, **la délinquance juvénile décroît**. Par exemple, dans le groupe d'âge des seize et dix-sept ans, le nombre de condamnations, pour cent mille jeunes, étaient de 369 par an entre 1930 et 1939, mais il n'est plus que de 334 par an entre 1950 et 1959. Cette diminution est encore beaucoup plus accentuée s'il fallait s'en référer au bon vieux temps, qui a connu des périodes de déliquance effroyable, notamment à l'époque pas très ancienne, où des foules d'enfants trouvés grandissaient vaille que vaille. En 1783, il avait à Bruxelles plus de 2000 enfants trouvés sur un total de 22.000 enfants. La situation était bien pire à Paris où l'on a compté jusqu'à 40% d'enfants trouvés en 1772.

Le problème est donc non d'expliquer une perversion grandissante de la jeunesse, mais une **amélioration**; et d'expliquer pourquoi les adultes pensent que cela va plus mal, alors que cela va mieux.

Cependant on doit reconnaître que **la structure mentale des adolescents évolue et se détache de celle des adultes**; ils adoptent des modèles culturels qui paraissent peu traditionnels. Il y a même des éducateurs qui s'inquiètent parce que des filles de seize ans s'assoient par terre pour écouter leur tourne-disque. On n'a jamais vu cela! Pourtant «cela» n'est encore qu'une attitude superficielle, et il faut s'attendre à des changements bien plus profonds, puisqu'ils vont vivre dans un monde en pleine métamorphose.

C'est ainsi qu'ils sont sensibles, accueillants à certain art moderne devant lequel les adultes renâclent. Mais dans ce domaine pourtant ils n'ont pas encore de position en proue; ils retardent par rapport à l'évolution générale: par exemple, si on les interroge sur les peintres modernes, ils citeront Van Gogh qui est mort il y a plus de soixante ans.

Leur conception de la science est autrement différente des conceptions traditionnelles. L'enseignement de la science s'inspire encore des anciennes méthodes de recherche. Ces méthodes suivaient toujours le même processus: on partait de l'expérience passée pour atteindre, par induction, à une généralité, une loi; d'où l'on descendait, par déduction, aux applications; en fait, la science se bâtissait sur une vision du passé.

Les jeunes, eux, pressentent que l'expérience telle qu'on la présente est toujours passée par rapport à ce qui est intéressant: le progrès. Ce qui leur apparaît comme scientifique, c'est le schéma d'intellection qui permet de **prédire** ce qu'on va découvrir et qui fait **que**

cette vision de l'avenir devienne l'expérience. Pour eux, l'expérience, c'est faire du neuf, c'est l'avenir; pour les adultes, c'est ce qui a fait ses preuves, c'est le passé.

Cette confiance dans l'expérience est fondée sur une confiance dans la vérité de type scientifique. Pour un jeune ce qui est vraiment vrai, c'est ce qui est scientifiquement vrai. Le privilège donné à la vérité scientifique est tel qu'il retentit dans l'ordre moral, où désormais la vertu privilégiée est **la sincérité**. Etre vrai, c'est être sincère, authentique.

Il y a là des ambiguïtés redoutables et il appartient à l'éducateur de mettre au point les **confusions possibles entre vérité et sincérité**, mais il y a là aussi un **levier éducatif très puissant**. Il ne faudrait pas se laisser obnubiler par l'aspect négatif de la sincérité. Il est vrai que les jeunes s'en servent pour dégonfler ce qu'ils pensent être du bla-bla, comme ils disent. Et, par exemple, une certaine forme de patriotisme en a fait les frais. Mais la sincérité porte bien davantage avec elle les promesses de hautes exigences, pour qui voudrait aider la jeunesse à y prétendre.

Que les parents veillent à ne pas décevoir cette sincérité!

IV. DESARROI DES ADULTES ET DES ADOLESCENTS.

Devant cette transformation du monde, si vivement perçue par les jeunes, certains adultes sont en plein désarroi; les éducateurs hésitent, cherchent des solutions et se trouvent en désaccord. La socialisation de la vie accentue encore le désarroi: autrefois on ne connaissait qu'un seul genre de vie, celui qu'enserrait un très proche horizon; aujourd'hui, les modèles culturels du monde entier peuvent être connus, et, du coup, les nôtres nous paraissent relatifs. Malheureusement, **ce désarroi des aînés est contagieux; la jeunesse se met à douter des anciens et se sent dans une insécurité qui la déçoit.** Quelle attitude les éducateurs doivent-ils adopter? Certains ont choisi entre deux solutions opposées et également malencontreuses. Les uns ont opté pour le principe d'**autorité résolument réactionnaire**, les autres ont choisi la démission, le **laisser-aller**. Aux uns comme aux autres, les adolescents tournent le dos.

La saine raison doit nous faire admettre:

1. que sur la plupart des transformations en cours, nous n'avons aucune prise: **la marche de l'histoire est irréversible;**

2. qu'on ne doit pas cependant prendre son parti de tout, qu'on doit **sauvegarder, en ce qu'elles ont d'immuable, les valeurs essentielles,** vraies dans toutes les civilisations, spécialement la foi chrétienne, qui a franchi victorieusement le passage entre la civilisation gréco-romaine et la civilisation occidentale.

Les éducateurs doivent savoir regarder les choses en face, garder leur fidélité au réel. Qu'ils soient présents à leurs enfants surtout à l'âge de l'adolescence, à cet âge où une crise peut se déclarer, d'autant plus violente que le jeune homme, la jeune fille trouvent moins dans le milieu familial de quoi satisfaire leurs besoins de tendresse, d'aventure et de sécurité.

Insatisfaction du besoin de tendresse, là où les parents «n'ont jamais le temps» d'être de vrais parents, intéressés aux problèmes de leurs enfants, soucieux de partager leurs joies et leurs peines, prêts à répondre à l'appel de leur inquiétude.

Insatisfaction du besoin d'aventure, quand les éducateurs briment la soif de liberté de l'adolescent ou veulent le contenir dans les limites étroites de principes périmés au lieu d'aider à épanouir cette liberté par une éducation progressive à la responsabilité dans une atmosphère de compréhension et de sérénité. Il faut les aider à prendre des risques raisonnables.

Insatisfaction du besoin de sécurité. Dans un monde extérieur où l'on expérimente la bombe de 50 mégatonnes, où les adultes doutent de ce qui est bien et de ce qui est mal, de ce qui est vrai ou faux, beau ou laid, comment voulons-nous que les jeunes trouvent cette sécurité dont ils ont besoin! Si la famille ne la leur offre pas, s'ils doivent y vivre dans une alternance de bonne et de mauvaise humeur, dans une constante alternative qui va de l'interventionnisme tâtillon au laisser-faire inadmissible, dans l'instabilité de la hiérarchie des valeurs qui sanctionne le mensonge d'hier pour laisser passer celui d'aujourd'hui, une chemise non repliée pour sourire d'une tricherie aux examens.

Il faut aider les enfants à «échapper» en temps normal à la tutelle familiale pour prendre leurs propres responsabilités; il faut les aider à voir et à faire du neuf; il faut avoir foi dans l'homme, dans ses modèles culturels nouveaux; il faut aimer avec eux ce qui est nouveau, en les aidant à discerner dans le progrès ce qui est vrai et sain. Et en nous disant que Dieu sait où Il va et qu'Il ne nous demande que de faire sincèrement et sereinement notre possible en ce point du temps où Il nous veut.

médecine scolaire et éducation

aspects pédagogiques et psychosomatiques de l'I.M.S.

par le docteur J. LOUTE.

Dans la collection «ETUDES» publiée par la Fédération des Services Médico-Sociaux de Caritas Catholica, le dernier volume paru est consacré à l'INSPECTION MEDICALE SCOLAIRE. Cet important ouvrage groupe les contributions des nombreux médecins qui ont collaboré aux travaux de la Commission Médicale, créée conjointement par le Service National d'Inspection Médicale Scolaire de l'enseignement libre, et par Caritas Catholica. C'est un instrument de travail indispensable pour tous les médecins qui s'intéressent, à un titre quelconque, aux problèmes de l'enfance à l'âge scolaire, et plus particulièrement pour ceux qui sont chargés d'inspection médicale scolaire. (1)
Nous reproduisons ici, avec l'autorisation de l'auteur, une des deux contributions du Dr. J. Loute à cet ouvrage collectif.

INFLUENCES DE LA VIE SCOLAIRE SUR LE NIVEAU DE SANTE DES JEUNES.

La santé, l'intelligence et le caractère sont les biens les plus précieux de l'enfant. Les parents ont la garde de ces richesses dont le développement progressif constitue l'essence même de l'éducation. Toutefois, la responsabilité des parents n'est pas exclusive. L'école partage cette charge très largement. Elle assume un rôle fondamental dans la formation de l'intelligence et un rôle important dans l'éducation du caractère et le développement physique. C'est l'évidence même, puisque *neuf mois par an, l'école règle jusque dans les*

(1) On peut se procurer ce volume aux éditions de la Fédération des Services Médico-Sociaux de Caritas Catholica, 5, rue Guimard, Bruxelles 5.

détails le cours de l'existence de l'écolier: elle impose à l'enfant un cadre de vie matériel et social qui ne cessera de modeler sa personnalité. C'est l'école qui détermine, de fait, le temps que l'enfant pourra encore donner à des éléments fondamentaux de son existence: durée du sommeil, des jeux et de la vie en plein air, longueur de l'étude et du travail à la maison... sans parler des nouvelles relations sociales (de maître à élèves et d'élèves entre eux) et de la discipline qu'elle impose.

Ainsi, à côté de la famille, *l'école devient un milieu de vie qui exerce une action continue sur la croissance et le développement de l'enfant, puis de l'adolescent.* L'unité biopsychologique de l'être humain est d'ailleurs tellement profonde qu'il est malaisé de discerner ce qui est le plus marquant dans cette influence de l'école. Ce qui est important, c'est de prendre conscience que les trois aspects fondamentaux de l'éducation (croissance physique, développement intellectuel, formation du caractère) sont étroitement solidaires et en réaction réciproque continue. Nous pouvons observer ces interréactions tout au long des années de vie scolaire. Il est impossible de les perdre de vue sans comprendre les chances de développement heureux de la personnalité de l'écolier.

Les déficiences de la santé ont un effet direct sur l'aptitude au travail, qu'il s'agisse de déficiences sensorielles, d'un retard de maturation des centres nerveux, de suites de maladies infectieuses ou d'anémie diminuant les réserves d'énergie et affaiblissant l'attention et l'endurance à l'effort intellectuel. A côté de leur action débilitante propre, beaucoup de déficiences physiques ont leur répercussion dans le comportement de l'enfant, créant chez lui un sentiment d'infériorité ou d'impuissance et voici la volonté amoindrie, rendant le sujet incapable d'un effort soutenu. Ainsi la santé a ses répercussions sur l'aptitude au travail, soit directement, soit par une incidence sur l'affectivité.

Les troubles caractériels compromettent à leur tour l'adaptation scolaire, quelle que soit leur origine, en déprimant la volonté, en entretenant chez l'enfant le désir d'évasion dans les rêveries de l'imagination. Les professeurs connaissent bien ces «états lunaires», cette distraction chronique, cette fuite de la volonté devant l'effort. *Certains états affectifs perturbés tirent leur origine de conflits familiaux, mais d'autres peuvent provenir du milieu scolaire, qui, par ses exigences propres, maintient les enfants dans un état d'an-*

goisse ou d'insécurité défavorable à leur épanouissement. Ainsi en est-il des enfants gauchers, ou d'autres atteints de maladresse motrice à la suite de lésions des centres cérébraux au moment de la naissance ou parfois au cours de maladies infectieuses, comme la rougeole ou la coqueluche, ayant touché le cerveau en bas âge. Ces enfants peuvent être malhabiles, un peu lents, imprécis dans leurs mouvements; ils peuvent avoir une écriture défectueuse ou bien ils sont turbulents, atteints d'instabilité; et cependant l'essentiel peut être sauf: leur intelligence est intacte. Voici des *enfants qu'un peu de patience et de compréhension de la part des maîtres peut sauver.* Rien ne justifie leur placement dans des écoles d'enfants arriérés. Il ne s'agit pas de déficients mentaux. Des exigences excessives en matière d'ordre, de perfection (pour l'écriture) peuvent, au contraire, les perturber affectivement, en créant un sentiment d'insécurité ou de culpabilité. Ces enfants réagiront par une turbulence accrue, par de l'indiscipline, de l'agressivité ou, au contraire, se réfugieront dans le rêve, les états lunaires, la résistance passive. De toute manière, le résultat est déplorable: un trouble du comportement s'est ajouté à une déficience minime, qui, d'ordinaire, avec des encouragements et de la bienveillance, finit par s'atténuer. Il est donc intéressant pour les professeurs de connaître ces difficultés d'ordre physique, ces handicaps présents chez certains de leurs élèves.

Quant aux effets du régime de vie scolaire sur la santé des enfants, on peut en citer maints exemples. Un premier point qui intéresse toutes les écoles, est *l'horaire du travail journalier.* Rappelons, par exemple, l'importance des récréations multiples. Il est difficile pour un pédiâtre de ne pas être profondément choqué de l'absence de «halte horaire» entre chaque cours. Beaucoup d'écoles primaires ont encore un système de cours ne comportant qu'une seule récréation dans la matinée et aucune l'après-midi. C'est méconnaître une des exigences élémentaires de l'hygiène cérébrale. *La récréation en plein air, même brève, est indispensable entre toutes les leçons.* N'insistons pas sur la longueur des travaux à domicile, mais rappelons que l'enfant jeune a besoin de jouer et qu'il n'est pas sain de lui imposer un travail qui se terminera au moment d'aller au lit. Un autre problème de santé, où la responsabilité de l'école est directement engagée, c'est celui de l'*alimentation dans les internats.* Il y aurait beaucoup à dire sur ce sujet. Trop d'internats vivent sur des habitudes absolument indéfendables en cette matière. Les prin-

cipes d'hygiène alimentaire ne sont pourtant pas si nombreux, ni si difficiles à appliquer. Il faut les connaître et vouloir les mettre en pratique.

Il reste le très grand problème de l'*équilibre des programmes*, des modalités pratiques d'une éducation qui ferait une part moins pauvre au développement physique, dans l'éducation des adolescents.

Nous ne pouvons nous étendre sur toutes les influences de la vie scolaire sur le niveau de santé des jeunes. Il convient simplement de les souligner en passant, pour rappeler que l'école exerce de fait une action plus ou moins heureuse sur la condition physique et, par conséquent, sur l'adaptation des élèves à l'étude.

INTERET D'UNE BONNE MEDECINE SCOLAIRE.

Ces relations si étroites entre la croissance physique et le développement de l'intelligence et du caractère de l'enfant mettent en relief tout l'intérêt d'une inspection médicale scolaire de bonne qualité. Celle-ci n'est d'ailleurs valable que si elle est vraiment inspirée par le souci de collaborer à la meilleure adaptation possible de l'enfant et de l'adolescent à son travail d'écolier.

C'est à juste titre, et dans le but d'aider l'école et les parents à mieux assumer les devoirs de leur charge commune en matière d'éducation, que le législateur a rendu obligatoire la mise sur pied d'une I.M.S. Une collaboration effective entre l'école, l'I.M.S. et les parents peut amener la solution de problèmes d'adaptation qui ont été considérés trop souvent comme relevant de la mauvaise volonté ou de la paresse.

Que peut-on attendre d'une I.M.S. bien organisée?

1. Une tâche essentielle du médecin scolaire consiste à **observer la croissance de l'enfant,** à noter si celle-ci est harmonieuse ou non.

L'observation de la croissance et du développement pubertaire se fait maintenant selon des procédés d'une grande simplicité qui permettent une appréciation vraiment scientifique. La notion des variations des valeurs biologiques autour d'une courbe de valeurs moyennes a introduit un élément de plus juste évaluation du normal et du pathologique. Nous savons, par exemple, qu'un certain

retard de croissance, jusqu'à 7% en dessous de la taille moyenne pour l'âge considéré, est sans signification pathologique et que, dans un tel cas, l'enfant peut être considéré comme sain, si l'écart noté se retrouve identique d'année en année. Nous savons de même qu'une certaine avance ou qu'un certain *retard pubertaire* ne signifie pas plus que le sujet est anormal et doit être soigné «pour ses glandes». Il n'est cependant pas indifférent de noter qu'un élève de 14 ans sera moins endurant à l'effort intellectuel, parce qu'il n'a pas encore accompli son développement pubertaire comme certains de ces condisciples. Il est utile d'avertir ses parents et ses professeurs qu'on devrait être moins exigeant avec lui, et qu'un peu de patience est la seule attitude raisonnable.

L'observation du développement nous met en contact avec un autre phénomène d'une grande importance chez certains écoliers: *l'obésité*. On définit actuellement l'obésité par la notion d'un excès de poids supérieur à 20% par rapport au poids moyen pour la taille considérée. Beaucoup d'obèses présentent des difficultés scolaires. A côté d'un très petit nombre d'obésités qui sont réellement dues à une affection organique glandulaire ou nerveuse, la plupart des autres sont l'expression de troubles du développement affectif. Il s'agit d'enfants qui cherchent par des satisfactions alimentaires une compensation à leurs échecs ou à leurs difficultés familiales (carence affective, insécurité etc.). A son tour, l'obésité, devenant un objet de moquerie, isole l'enfant de son milieu scolaire. L'obèse devient un être malheureux, découragé, n'ayant plus le cœur à rien... sauf à manger. Ainsi, l'obésité est un signe de grande valeur. Le médecin scolaire a le devoir d'en avertir les parents et peut suggérer un examen plus approfondi sur le plan psychologique. Il aidera ainsi l'enfant à résoudre son problème et, par conséquent, à mieux s'adapter à sa vie en famille et à l'école.

2. Un deuxième domaine important d'investigations en médecine scolaire concerne les **organes sensoriels**. Chaque année, nous découvrons d'importantes anomalies visuelles et auditives, ignorées des maîtres et des parents. *L'enfant demi-sourd* ne sait pas qu'il entend mal. Son maître l'ignore aussi. L'enfant perçoit mal les consonnes, il les confond; il a une mauvaise diction, il aura une mauvaise orthographe. Il peut être puni injustement par son maître ou par ses parents; on en fera ainsi un être inquiet ou un révolté, en tous cas un inadapté scolaire, à moins que l'examen de l'I.M.S.

n'ait révélé qu'il est atteint d'otite chronique causée par d'importantes végétations adénoïdes ou, tout simplement, qu'il est porteur de bouchons de cerumen.

On connaît de nombreux exemples de difficultés scolaires ou caractérielles chez des enfants à la *vue déficiente:* que de myopes ou d'astigmates ne sont sauvés du sentiment d'échec que parce qu'ils ont été repérés à temps par l'I.M.S.! Encore faut-il cependant que le maître ne surestime pas les aptitudes d'un écolier porteur de lunettes. L'astigmatisme est rarement bien corrigé. Il persiste chez ces petits enfants une distorsion de l'image perçue. Leur écriture sera toujours imparfaite. Ici encore il faut faire preuve de bienveillance. Il est bon que le maître soit averti.

3. Un troisième domaine important d'observation concerne directement **l'état du système nerveux**. Combien d'enfants abordent l'école sans qu'on ait détecté certaines insuffisances motrices, des paralysies partielles d'un bras ou d'une moitié du corps témoignant d'une atteinte ancienne des zones motrices de leur cerveau! D'autres sont atteint de gaucherie, d'autres sont malhabiles parce que «latéralisés». Ils n'ont pas, comme la plupart de leurs condisciples, cette dominance parfaite d'une moitié du cerveau sur l'autre, qui crée les conditions favorables à l'habileté motrice, à l'usage préférentiel de la main droite, etc

Ils trébuchent plus vite que les autres à la cour de récréation, ils reconnaissent mal leur droite et leur gauche, et les voilà l'objet de la moquerie et, ce qui est plus grave, handicapés par les problèmes de lecture et d'écriture. S'orientant mal, ils deviennent dyslexiques.

Certes, le médecin scolaire ne peut reconnaître tous les dyslexiques, mais il peut détecter certaines insuffisances et les signaler, tant au maître qu'au psychologue du service P.M.S., et prévenir une inadaptation.

4. Enfin, il appartient au médecin scolaire d'agir dans un dernier domaine, celui du **dépistage des maladies** proprement dites. La pathologie n'est pas, en principe, le secteur spécifique de la médecine scolaire. Celle-ci est médecine préventive et non curative. Le médecin scolaire ne peut avoir aucune activité thérapeutique. Le traitement des maladies relève de la responsabilité des parents et est, par conséquent, du ressort exclusif du médecin traitant choisi

par eux. Mais le médecin scolaire est amené, par l'observation méthodique de l'enfant et de son développement, à relever des signes précurseurs de certaines maladies et encore certains symptômes de maladie chronique qui ont échappé à l'attention des parents ou les ont laissés indifférents. En faisant ce dépistage ou ce rappel de certaines déficiences de la santé, le médecin scolaire peut rendre un service important à l'enfant ou, dans certains cas, prévenir une mauvaise orientation scolaire. Il est important que soient reconnues et traitées à temps, ou encore notées pour le choix d'une profession, des affections telles qu'un défaut grave du squelette (scolioses), une infection chronique des sinus ou des adenoïdes, certaines allergies, une affection cardiaque, une maladie rénale etc. Si l'on veut faire un bilan rapide des possibilités de découverte par une I.M.S. méthodique, retenons qu'une classe d'une trentaine d'élèves de primaire peut compter en moyenne:

3-6 sujets présentant un défaut visuel, dont 1/3 seulement connu de la famille; 1 daltonien; 2-4 sujets entendant mal; 1 obèse; 1-2 enfants dyslexiques ou «mal orientés»; 3 enfants atteints de défauts marqués du maintien.

Cette liste n'est pas limitative: il faudrait encore citer d'autres anomalies plus rares ou moins importantes du point de vue scolaire, mais valant la peine d'être diagnostiquées (affections dentaires, etc.).

L'INDISPENSABLE COLLABORATION.

Au terme de cette revue des principaux aspects du travail du médecin scolaire dans son activité essentielle, à savoir l'observation méthodique de l'enfant en croissance (nous ne faisons que mentionner d'autres activités importantes comme la pratique des vaccinations et des injections de rappel, l'inspection d'hygiène des locaux etc.), il apparaît donc qu'une médecine scolaire peut être efficiente, conçue dans ce souci profond *d'aider l'enfant à vivre ses années d'école avec les meilleures chances d'adaptation*, ce qui signifie un développement de sa personnalité aussi heureux que possible.

Une prise de conscience en profondeur de l'intérêt d'une collaboration réelle entre les éducateurs (parents et école) et les médecins scolaires devrait permettre un maximum d'efficience. Dans le concret, cette collaboration doit se traduire notamment par des *échan-*

ges d'information. Les *parents* et les *maîtres* devraient signaler tout ce qui est à leurs yeux anormal dans le comportement de l'enfant sur le plan de l'adaptation scolaire ou dans les domaines de la santé. De leur côté, *les médecins scolaires* doivent remettre aux parents des conclusions précises à la suite de leur observation. Sans porter atteinte au principe du secret médical, ils peuvent donner connaissance aux maîtres de certaines particularités personnelles de l'enfant qui contrarient son adaptation, qu'il s'agisse d'une surdité partielle, d'un défaut de l'appareil locomoteur, etc. Il n'est pas indispensable que le médecin scolaire donne un diagnostic précis d'une maladie et de sa cause, mais il devrait signaler l'existence de tel ou tel handicap. De telles informations sont faites incontestablement dans l'intérêt de l'enfant.

Tout ce qui vient d'être dit sur les aspects pédagogiques de l'I.M.S. et qui démontre la nécessité d'une collaboration effective entre éducateurs et médecins, pourrait être redit avec plus de force encore en ce qui concerne la collaboration indispensable entre médecins et *psychologues orienteurs.* Toute l'activité des centres P.M.S. repose d'ailleurs sur ce travail en commun, tant il est vrai que l'on ne peut évaluer les possibilités d'un enfant ou d'un adolescent, ni discerner les causes de ses échecs éventuels sans une étude en profondeur de toute sa personnalité bio-psychologique.

En cas d'échec scolaire surtout, il apparaît que le dialogue doit s'élargir et que les observations du pédagogue sont indispensables à la compréhension réelle du comportement de l'élève. Dans ces cas difficiles, ou encore dans certains problèmes ardus d'orientation scolaire ou professionnelle, c'est de la confrontation des trois disciplines — médecine, psychologie et pédagogie — que pourra se dégager une synthèse valable, parce qu'aucun des aspects fondamentaux du développement de l'enfant n'aura été laissé dans l'ombre. Ceci peut être essentiel pour faire de cet enfant un adulte capable de s'adapter au monde de demain et de vivre en harmonie avec la société.

Ceci représente bien le terme, l'ultime raison de notre effort, que nous soyons pédagogue, psychologue ou simplement médecin scolaire.

Docteur J. LOUTE.

l'engagement des médecins belges au service des pays en voie de développement

par le docteur Maurice KIVITS.

LE DESIR DE SERVIR

De nombreux étudiants en médecine s'intéressent aux pays en voie de développement, sinon pour y accomplir toute une carrière, du moins pour y travailler quelques années.

Une enquête menée à Louvain par le SEMBOM, au cours de l'année 1961-1962, a montré que 25 % au moins des étudiants de doctorat manifestaient, à des degrés divers sans doute, de l'intérêt pour le travail dans les pays du tiers monde.

Il faut les féliciter de leur intention de mettre pendant un certain nombre d'années leurs connaissances professionnelles et leur dévouement au *service* de populations beaucoup moins favorisées que la nôtre, tant en ce qui concerne le niveau général de vie que leur degré de santé.

Ces dispositions généreuses s'accompagnent d'autres considérations très légitimes. Ce sera notamment le désir de trouver un *champ d'activité vaste et varié*, donnant libre cours aux initiatives de celui qui a, à la fois, l'enthousiasme, la compétence professionnelle et le sens de l'organisation.

C'est aussi la perspective de *remplacer le service militaire* et ses servitudes assez banales, par une expérience enrichissante sur le plan professionnel et humain, tout en trouvant dès la fin d'un cycle long et coûteux, une *activité immédiatement rémunérée*.

BESOINS DES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT.

Il est certain que les besoins en médecins des pays du tiers monde et, principalement de ceux qui ont acquis récemment leur indépendance, sont énormes.

Le nombre d'habitants par médecin est un indice fréquemment employé pour indiquer, non seulement le développement des services de santé d'un pays, mais également son niveau économique. On dispose en Belgique de quelque 12.000 médecins pour 9.250.000 habitants, soit un médecin pour 770 habitants, et la proportion est de un médecin pour 500 à 1.000 habitants dans les pays économiquement développés d'Europe Occidentale.

Quelques chiffres repris des déclarations faites à l'O.M.S. par les pays intéressés (1) donneront une idée des besoins qui existent dans la plupart des régions en voie de développement.

Pour l'*Afrique*, il n'y a guère de pays indépendant où le nombre soit supérieur à un pour 15.000 habitants.

Cameroun	un médecin pour	20.590 hab.
Dahomey	»	24.400 hab.
Ghana	»	21.000 hab.
Madagascar	»	11.100 hab.
Niger	»	85.714 hab.
Nigeria	»	33.000 hab.
République Centre-Africaine	»	38.700 hab.
Tchad	»	60.000 hab.
Togo	»	46.875 hab.
Congo-Léopoldville	»	30.000 hab.
Soudan	»	35.000 hab.

L'*Amérique du Sud* est plus favorisée. En effet, on peut relever les chiffres suivants:

Argentine	un médecin pour	760 hab.
Bolivie	»	5.270 hab.
Brésil	»	2.420 hab.

(1) O.M.S. Deuxième rapport sur la situation sanitaire dans le monde (1957-1960) Actes officiels no 122 — Genève 1963.

Chili	»	1.600 hab.
Colombie	»	2.350 hab.
Equateur	»	2.900 hab.
Paraguay	»	6.500 hab.
Pérou	»	2.145 hab.
Uruguay	»	2.245 hab.
Venezuela	»	1.240 hab.

Quant à l'*Asie*, la situation est intermédiaire, mais varie fort selon les pays.

Afghanistan	un médecin pour	53.279 hab.
Arabie Séoudite,	»	14.141 hab.
Birmanie,	»	18.000 hab.
Ceylan	»	4.700 hab.
Inde	»	5.040 hab.
Irak	»	5.000 hab.
Iran	»	3.900 hab.
Israël	»	415 hab.
Indonésie	»	43.000 hab.
Pakistan	»	7.460 hab.

Ajoutons que dans certains pays la qualification de médecin est donnée à des éléments dont la formation est souvent inférieure à celle qui est de règle dans les pays d'Europe Occidentale.

Une autre remarque est que les médecins exerçant dans les pays sont fort inégalement répartis et que, moins un pays est évolué, plus les médecins ont tendance à se cantonner dans les quelques centres urbains, où le niveau de vie et de confort est nettement supérieur à celui des régions rurales. Celles-ci sont donc encore beaucoup plus mal desservies qu'il n'apparaît à l'examen des chiffres ci-dessus.

Cependant, malgré les besoins manifestes en médecins d'un grand nombre de pays, beaucoup d'entr'eux ne sollicitent ou n'acceptent que dans une très faible mesure l'aide des médecins étrangers. Ceci pour diverses raisons, à la fois idéologiques et techniques. Souvent les médecins du pays, la plupart du temps installés dans les villes, ne désirent pas voir des étrangers venir leur faire concurrence. De là, certaines mesures protectionnistes, telles que l'obligation pour les médecins étrangers de passer des examens dans la langue du pays avant d'être admis à y pratiquer.

Quant aux zones rurales, les installations médicales y sont inexistantes ou par trop rudimentaires pour permettre à un médecin d'exercer utilement son activité.

Il résulte de voyages de prospection effectués par plusieurs personnalités médicales belges que l'Amérique et l'Asie n'offrent qu'un très faible champ d'activité aux médecins européens.
En Afrique, les perspectives sont meilleures. Les chiffres ci-dessus montrent clairement que le nombre de médecins y est le plus faible par rapport à la population et nous savons aussi que ce sont les pays africains qui font le plus volontiers appel aux praticiens étrangers. En particulier, le Congo, le Burundi et le Rwanda marquent encore nettement leur préférence aux médecins belges.

POSSIBILITES D'EMPLOI POUR LES MEDECINS BELGES

Théoriquement, sont à envisager les éventualités suivantes:

1. l'engagement au service des institutions internationales ou intergouvernementales et en particulier l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.);
2. l'engagement individuel pour compte de gouvernements étrangers;
3. l'engagement au service d'entreprises privées exerçant leur activité dans les pays en voie de développement;
4. l'installation au titre de praticien privé;
5. l'engagement dans le cadre d'une assistance bilatérale, en vertu d'accords de coopération ou d'assistance signés entre la Belgique et certains pays qui font appel à son aide;
6. l'engagement individuel au service de gouvernements, d'institutions philanthropiques ou de missions religieuses, avec la garantie d'institutions caritatives nationales ou internationales (Medicus Mundi).

1. LES INSTITUTIONS INTERNATIONALES OU INTERGOUVERNEMENTALES.

A. L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) est l'institution internationale qui offre le plus grand nombre d'emplois à des médecins. Les chances d'engagement par l'O.M.S. de médecins fraîchement diplômés et, en général, de médecins praticiens, sont minimes. L'O.M.S., en effet, n'a pas pour objectif d'engager pour compte des gouvernements qui font appel à son aide, des médecins praticiens, généralistes ou spécialistes.

Son rôle est avant tout *consultatif*, c'est-à-dire qu'elle aide les pays à organiser eux-mêmes leurs services de santé ou à résoudre certains problèmes importants de santé publique. A ce titre, elle envoie dans les pays *des consultants*, spécialistes pleinement qualifiés dans des domaines tels que la lutte contre les grandes endémies sociales, l'assainissement, les problèmes de nutrition, la protection maternelle et infantile, la formation du personnel médical national, l'organisation des services sanitaires, etc...

Pour remplir ce rôle avec efficacité, il faut déjà quelques années d'expérience technique et administrative des problèmes de santé publique ou d'organisation des soins médicaux, expérience acquise soit dans son propre pays, soit dans les pays en voie de développement. Ces médecins ont à faire l'étude des problèmes qui se posent de façon concrète au pays, à proposer des solutions et, dans certains cas, à diriger des expériences pilotes. Il y a donc peu de place à l'O.M.S. pour des praticiens, sauf pour quelques cliniciens expérimentés, susceptibles de s'occuper de *tâches d'enseignement* dans les facultés, les écoles nationales de médecins ou de personnel infirmier.

L'assistance que l'O.M.S. apporte à la République du Congo depuis l'indépendance de ce pays est un mode d'intervention *exceptionnel et tout à fait provisoire*. L'O.M.S. a été priée par le Secrétaire Général des Nations Unies de s'occuper de recruter d'urgence un certain nombre de médecins praticiens pour remplacer les médecins de l'administration, obligés de quitter le pays, suite aux évènements qui ont marqué l'indépendance. Les médecins ainsi recrutés ne sont engagés que par *contrat d'un an* et sont appelés à être remplacés dès que possible par les médecins congolais ou étrangers que le Gouvernement congolais devra recruter lui-même.

Ajoutons aussi que les engagements à l'O.M.S. se font dans les limites de certains quotas, attribués à chaque pays membre de l'Organisation en fonction du montant de sa contribution financière à cette institution.

Du fait de l'engagement, au cours des deux dernières années, d'une quinzaine de médecins et de fonctionnaires belges, la plupart anciens d'Afrique, le nombre de belges actuellement en service à l'O.M.S. est d'une trentaine d'unités, ce qui dépasserait déjà le quota réservé à la Belgique.

Parmi les autres institutions dépendant des Nations Unies, la F.A.O. (Organisation pour l'Alimentation et l'Agriculture) et l'U.N.I.C. E.F. (Fonds des Nations Unies pour le Secours à l'Enfance) n'ont à leur service que quelques médecins spécialisés soit en nutrition, soit dans les problèmes de protection maternelle et infantile. Quant à l'U.N.E.S.C.O., elle n'engage pas de médecins.

B. La Communauté Economique Européenne (C.E.E. ou Marché Commun) a institué le Fonds Européen de Développement (F.E.D.) destiné à aider les pays africains, associés de la C.E.E., à promouvoir leur économie et leur développement en général. Mais le F.E.D. s'occupe uniquement d'investissements, c'est-à-dire qu'il a pour programme d'installer dans ces pays l'infrastructure destinée à promouvoir l'évolution économique et sociale, notamment en matière de transport, agriculture, enseignement, santé, etc...

Le F.E.D. *ne s'occupe normalement pas de recruter du personnel* destiné à desservir les installations qu'il réalise dans les pays bénéficiaires de son activité; il appartient aux autorités mêmes de ces pays de recruter le personnel nécessaire.

Il se pourrait cependant que dans un programme spécial d'assistance à la République du Congo, le F.E.D. envisage l'engagement d'un certain nombre de médecins, principalement en vue de la lutte contre les grandes endémies. — Le personnel pourrait comprendre des omnipraticiens ayant une certaine pratique de chirurgie, des hygiénistes, des médecins de laboratoire et quelques spécialistes divers.

Nous insistons sur le fait que rien n'a encore été décidé à ce sujet et que cela dépendra de la teneur d'un accord à conclure entre la République du Congo et la C.E.E.

2. ENGAGEMENT INDIVIDUEL AUPRES DE GOUVERNEMENTS DES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT.

Ce mode d'engagement est possible dans certains cas et les intéressés doivent *s'adresser directement aux Ambassades* des pays au service desquels ils désirent se placer.

D'après les renseignements que nous possédons les *rémunérations* offertes par ces pays sont *généralement modestes* et dans certains cas il n'y a pas de possibilités de transfert de fonds en Belgique.

D'autre part, jusqu'à présent, le Gouvernement belge n'a pas envisagé d'accorder des rémunérations ou des indemnités à des personnes qui s'engageraient au service de Gouvernements avec lesquels notre pays n'a pas signé de convention de coopération.

En conséquence, l'engagement individuel ne paraît pas devoir satisfaire ceux qui songent à se constituer en peu de temps une épargne en vue de leur réinstallation en Belgique. Il est possible cependant, pour ces candidats, d'obtenir certaines garanties de la part d'institutions telles que Medicus Mundi.

3. ENGAGEMENT AU SERVICE D'ENTREPRISES PRIVEES INSTALLEES DANS LES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT.

Quelques entreprises exerçant leur activité au Congo ou dans d'autres pays africains engagent des médecins pour leurs services d'Afrique. Les candidats doivent *s'adresser directement à la direction de ces entreprises.* En général, celles-ci versent une partie de la rémunération en devises dures, le complément étant versé sur place en monnaie locale.

4. L'INSTALLATION A TITRE PRIVE comme praticien indépendant dans les pays en voie de développement n'est mentionnée que pour mémoire. Elle n'est à conseiller qu'à ceux qui connaissent bien le pays et sont assurés de la possibilité d'une clientèle. Elle implique, en effet, une *mise de fonds assez importante* et l'intention de rester assez longtemps dans le pays.

5. L'ENGAGEMENT DANS LES CADRES DE LA COOPERATION TECHNIQUE DE LA BELGIQUE AVEC CERTAINS PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT.

Il y a actuellement trois pays avec lesquels la Belgique a signé des conventions bilatérales de coopération technique. Ce sont les pays d'Afrique qui étaient autrefois sous administration belge: le Congo, le Burundi et le Rwanda.

Les conventions conclues avec ces pays prévoient notamment la mise à leur disposition par la Belgique d'un certain nombre de médecins. Ce nombre est fixé par chacune des conventions et a été déterminé en tenant compte à la fois des demandes formulées par ces pays et des possibilités financières de l'assistance technique belge.

Ainsi, les accords en vigueur prévoient pour le Congo l'*engagement de* 130 *médecins belges* (et en outre de 130 *unités de personnel médical* — pharmaciens, dentistes, fonctionnaires sanitaires, infirmières, etc..., cadre actuellement au complet). Il y a actuellement au Congo une cinquantaine de places disponibles pour des médecins dans le cadre de la coopération médicale belgo-congolaise. Les conventions en vigueur avec le Rwanda et le Burundi prévoient la mise à la disposition de chacun de ces pays d'*une vingtaine de médecins belges*.

Pour le Burundi, les effectifs, compte tenu des candidatures déjà agréées, sont actuellement au complet.

Pour le Rwanda, 5 places de médecins praticiens sont disponibles immédiatement; il faudrait aussi un pédiâtre et un dentiste.

Les médecins sont placés par le gouvernement belge à la disposition des gouvernements des pays bénéficiaires de notre assistance. L'Etat belge, par l'intermédiaire du Ministre de l'Assistance technique, leur accorde une «*agréation*» en vertu de laquelle certains avantages leur sont garantis par la Belgique. Ces avantages sont spécifiés dans un contrat individuel signé entre le technicien et le ministre de l'Assistance technique.

Selon la convention de coopération technique, signée entre la Belgique et le Congo, les techniciens agréés exercent leurs fonctions *sous l'autorité du gouvernement de la République du Congo*. La durée des services est de 24 *mois* et peut être prolongée jusqu'à trois ans, avec l'accord des intéressés. Des congés annuels de 15 jours ouvrables sont accordés chaque année.

Les frais de voyage Belgique-Congo des techniciens et de leur famille sont pris en charge par la Belgique. Les frais de voyage à l'intérieur du Congo, ainsi que le retour en Belgique, sont assumés par le gouvernement de la République du Congo.

Le gouvernement du Congo doit assurer le logement et les soins médicaux et pharmaceutiques aux techniciens, ainsi qu'aux membres de leur famille, pendant les périodes de service.

Les conventions signées avec le Burundi et le Rwanda comportent les mêmes dispositions.

REMUNERATIONS ACTUELLES.

La rémunération prévue pour les médecins par l'A.R. du 16 août 1963, qui détermine les avantages octroyés aux techniciens et experts de la coopération

technique belge prévoit, pour les médecins, un traitement annuel, pendant les périodes d'activité, de 200.000 *frs belges, versés en Belgique*. Cette allocation dite «de coopération» subit les fluctuations de l'*index* du coût de la vie en Belgique et est augmentée chaque année de 3,5%. Il est accordé également des *compléments familiaux* se montant à 1250 frs par mois pour l'épouse et à 937,50 frs par enfant. Ces compléments subissent également les fluctuations de l'index.
Après un terme de deux ans, les techniciens bénéficient d'un congé dont la durée ne peut être inférieure à deux mois et pendant lequel la rémunération est ramenée à 160.000 frs belges par an et les compléments familiaux à 1.000 frs par mois pour l'épouse et 750 frs par enfant.
Il est prévu aussi, pendant les périodes de service, des *allocations versées sur place en monnaie locale*, soit par le gouvernement local (c'est le cas pour le Congo), soit par la Belgique (c'est le cas pour le Rwanda et le Burundi).
Le montant de ces allocations versées sur place est au Congo de 22.750 frs congolais par mois et au Rwanda et au Burundi de 88.000 frs rwandais ou du Burundi par an.
Outre les avantages ci-dessus, le gouvernement belge envisage d'accorder aux médecins les avantages complémentaires suivantes:

1. a) *une bonification de* 5%, calculée sur le traitement de base, par année de spécialisation universitaire (ou reconnue par les Commissions de spé- spécialisation instituées auprès du Ministère de la Santé Publique) accomplie depuis l'obtention du diplôme de docteur en médecine;
   b) *une bonification de* 2% sur le traitement de base, pour deux années de pratique en région non tropicale, ou pour chaque année de pratique en région tropicale;
2. *une prime unique de* 200.000 *frs belges* (indemnité de réinstallation) payable en Belgique aux médecins qui auraient accompli un minimum de quatre années de services.

QUALIFICATIONS EXIGEES ET BOURSES D'ETUDES.

Pour être agréés dans le cadre de la coopération technique belge, les médecins doivent être en possession du diplôme de *docteur en médecine, chirurgie et accouchements* et du diplôme de *médecine tropicale*. Ce dernier diplôme est délivré en Belgique, par l'Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold à Anvers et est conféré dans les deux universités du Congo (Lovanium et Elisabethville) à l'issue du 4e doctorat, en même temps que le diplôme de médecin.
De plus, il est hautement souhaitable que les médecins aient accompli également un *stage pratique de quatre à six mois en chirurgie et obstétrique d'urgence*, de façon à pouvoir faire face aux interventions les plus courantes en pratique tropicale.
Pour aider les étudiants en médecine et les jeunes médecins à acquérir la formation exigée en pratique tropicale, le Fonds Médical Tropical (FOMETRO - c/o Dr. Kivits, 9, rue Bréderode à Bruxelles I) accorde des bourses d'études aux étudiants de 4e doctorat ou aux médecins qui prennent l'engagement de prester au moins trois années de services dans les pays en voie de développement, au service d'un gouvernement ou d'une institution agréée.

Ces bourses sont accordées:

1. aux étudiants qui effectuent leurs stages de 4e doctorat et leurs études de médecine tropicale dans les Universités du Congo;
2. aux étudiants de 4e doctorat et aux médecins qui effectuent leurs études de médecine tropicale à l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers;
3. aux médecins qui suivent les stages pratiques de formation accélérée en chirurgie et obstétrique d'urgence.

Le montant de ces bourses est de 3.500 frs belges par mois pour les étudiants et de 7.000 frs belges pour les médecins, quel que soit l'endroit où ils suivent les cours ou effectuent les stages mentionnés ci-dessus.

Les bourses d'études comprennent aussi le montant du ticket de voyage Bruxelles-Léopoldville ou Bruxelles-Elisabethville et retour, pour ceux qui font leur 4e doctorat au Congo.

Pour les boursiers mariés, la bourse est augmentée de 1.000 frs par mois pour l'épouse et de 500 frs par enfant.

La durée maximum des bourses est de 18 mois pour les étudiants en 4e doctorat et de 12 mois pour les médecins.
Elles impliquent l'obligation de prendre du service dans les six mois qui suivent la fin des études ou stages rémunérés.

CONDITIONS DE TRAVAIL AU CONGO.

Le rôle des médecins placés à la disposition du Congo est précisé par l'accord de coopération médicale signé entre la Belgique et le Congo en février 1963. Cet accord précise que la Belgique mettra à la disposition du Congo, dans la limite des possibilités de recrutement, 130 médecins et 130 techniciens paramédicaux appelés à compléter les cadres des services médicaux gouvernementales ou agréés par le gouvernement.

Le recrutement, la sélection et la préparation des candidats médecins ou paramédicaux se fait en Belgique par l'intermédiaire du Fonds Médical Tropical (FOMETRO). Les candidatures retenues sont présentées par l'intermédiaire de l'Office de Coopération au Développement, d'abord à l'agréation du Gouvernement congolais, ensuite à celle du Ministre belge de l'Assistance technique.
L'affectation des médecins, c'est-à-dire, la désignation de l'endroit où ils exerceront leurs fonctions, *dépend du Ministre de la Santé du Congo*. Toutefois, cette affectation doit se faire pour certains services ou certaines régions déterminés par l'accord de coopération médicale et qui ont été choisis en fonction des possibilités réelles de travail et de la valeur économique des régions.
Le Fonds Médical Tropical peut proposer au Ministre de la Santé du Congo une affectation déterminée pour un médecin, tenant compte de sa préparation ou de ses dispositions particulières, de la composition de sa famille, etc...

L'accord de coopération médicale prévoit encore que les médecins belges mis à la disposition du Congo pourront recevoir de Belgique, au cas où le Gouvernement congolais ne pourrait les leur fournir, les moyens de travail indispensables, tels que médicaments, matériel et éventuellement véhicules, grâce

aux subsides mis à la disposition du FOMETRO par le Ministre de l'Assistance technique.

Ajoutons que le Congo, le Burundi et le Rwanda disposent d'installations médicales excellentes (hôpitaux, laboratoires, dispensaires) et bien équipées, qui offrent aux médecins des conditions matérielles de travail exceptionnelles et que l'on ne trouve que dans bien peu de pays en voie de développement.

6. ENGAGEMENT AVEC LA GARANTIE DE MEDICUS MUNDI.

L'A.S.B.L. MEDICUS MUNDI, dont le siège est 5, rue Guimard à Bruxelles 4, Tél.: 02/111006, offre aux *médecins chrétiens* qui s'engagent à servir pendant au moins trois ans dans les pays en voie de développement, que ce soit au service du gouvernement ou d'institutions caritatives exerçant une activité médicale, certains avantages tels que bourses d'études en vue de la préparation technique, garanties de paiement, assurance-vie et invalidité, compléments de traitement et ceci à titre supplétif au cas où l'employeur (gouvernement ou institution privée) ne respectarait pas ses engagements ou offrirait des conditions insuffisantes.

Medicus Mundi recherche des médecins, de toute nationalité, qui présentent une sérieuse compétence professionnelle et la préparation psychologique adéquate pour s'adapter aux populations qu'ils désirent servir. Ces médecins doivent être prêts aussi à ne pas se limiter à la seule médecine curative, mais à mettre en œuvre toutes les techniques de médecine préventive et d'éducation sanitaire susceptibles d'améliorer le niveau de santé des populations. Ils doivent se consacrer à la formation professionnelle du personnel sanitaire local et participer, dans le domaine de leur compétence, à toute initiative qui a pour but de relever la situation médicale et sociale des populations des pays défavorisés.

IMPORTANCE DU ROLE SOCIAL ET PREVENTIF DU MEDECIN DANS LES PAYS SOUS-DEVELOPPES.

Nous voudrions, en terminant cet exposé, engager vivement ceux qui se proposent de servir dans les pays qui sont encore aux premiers stades de l'organisation sanitaire, à se rendre pleinement compte de l'importance primordiale de leur rôle préventif et social. Le médecin doit, dans ces pays, exercer son activité sur un champ notablement plus étendu que celui de la médecine purement cura-

tive qu'excercent traditionnellement la plupart des praticiens dans nos pays évolués.

Les moyens économiques réduits et la déficience des conditions sanitaires générales exigent que les médecins, toujours trop peu nombreux, se chargent d'assurer, en plus des *soins curatifs* indispensables, la *médecine préventive*, la *formation du personnel paramédical* et *l'éducation sanitaire de la population.*

L'organisation de campagnes de dépistage des maladies transmissibles, la chimioprophylaxie du paludisme et de la trypanosomiase, les vaccinations de masse contre la variole, la tuberculose, la poliomyélite, les fièvres entériques, l'organisation de consultations pour nourrissons et futures mères sauveront, pour un coût relativement peu élevé, d'innombrables vies humaines.

La formation du personnel infirmier à ces tâches de prévention et d'éducation sanitaire permettra au médecin d'étendre son activité à une très nombreuse population. *Il sera ainsi, non seulement celui qui soigne les malades, mais encore et surtout celui qui préserve et améliore la santé de toute la population.*

Docteur Maurice KIVITS.

APPEL AUX MEDECINS CATHOLIQUES: NOTRE URGENT DEVOIR

L'article volontairement technique de notre excellent confrère Maurice Kivits cache mal son angoisse généreuse. Les statistiques du début de son article nous font frémir.

A l'appel des pays sous-développés, que menacent la maladie et la mort, les médecins catholiques belges doivent répondre, parce que cette misère ne peut laisser chrétien indifférent et parce que nous sommes des médecins.

L'envoi d'argent ne suffit pas; C'EST D'HOMMES DONT ON A BESOIN. La plupart d'entre nous, installés en Belgique, avec des charges familiales, ne sauraient partir, bien que certains confrères, leurs enfants adultes définitivement casés, se soient offerts à s'engager. Rappelons le remarquable sauvetage de Kisantu par l'équipe médicale de la clinique d'Ottignies.

C'est aux plus généreux de nos jeunes confrères qu'il incombe d'offrir les premières années de leur carrière médicale à servir les pays sous-développés.

Cela ne nous dégage cependant pas de NOTRE RESPONSABILITE de médecins, laïcs d'Eglise; nous devons aider ces jeunes confrères, permettre leur

départ en leur assurant une assistance financière qui leur permette une vie décente et les couvre de certains risques. ILS SERONT NOS ENVOYES.

Nous vous suggérons un don généreux à notre branche sœur: l'Assistance Médicale à l'Afrique Centrale, C.C.P. AMAC no 1926 39. Chaque somme de 150.000 frs. lui permettra l'envoi d'un médecin.

Docteur Roger VAN GRUNDERBEECK





Nouvelles de saint-luc

1. Société médicale belge de saint-luc.

CONSEILS D'ADMINISTRATION DES 9 JANVIER ET 13 FEVRIER

1. Prière.

En la première séance de 1964, le R.P. DELEPIERRE invoque le Saint-Esprit pour qu'il éclaire les travaux du Conseil et des membres de Saint-Luc; pour qu'en union avec le Saint Père qui vient d'effectuer en Terre Sainte un émouvant pélerinage, ils consacrent leur science et leur charité à leurs malades et au bien de la Société; pour qu'il assiste les médecins belges actuellement confrontés avec des problèmes difficiles et qu'il aide ceux d'entre eux qui, dans les pays lointains, se dévouent au service des populations déshéritées.

2. Souhaits.

Le docteur de GHELDERE, président de la Société Médicale Belge de Saint-Luc présente ses vœux d'heureuse et féconde année aux membres du Conseil d'Administration et, à travers eux, à tous les membres de notre Société.

3. Aide aux jeunes confrères.

Après avoir commenté les propositions qu'il a faites au cours d'une séance précédente relatives à l'aide aux jeunes confrères dans les cercles de Saint-Luc, le docteur Dossin invite les différents cercles à étudier sur le plan local les modalités de cette aide aux jeunes de la part des membres plus anciens de la Société. Ce point pourrait faire l'objet d'un examen de la part des Comités de l'Association et du Verbond au cours de réunions organisées avec les responsables des différents cercles.

4. Budget 1964.

Les prévisions budgétaires du docteur GILLIS, trésorier général, pour 1964, aboutissent à un boni qui permettra de résorber en grande partie le déficit de 1963, si, outre les sérieuses économies dans les frais d'administration de la Société et d'impression de la Revue, les différents cercles et leurs membres veulent bien payer leurs cotisations et découvrir de nouveaux annonciers pour Saint-Luc Médical.

5. Réunion des médecins et moralistes.

A la réunion du 15 mars, le professeur RENAER a bien voulu accepter de présenter le point de vue médical, et notre aumônier général, le R.P. DELEPIERRE, le point de vue moral sur la question: «Stérilisation chirurgicale de la femme».

6. Secrétariat médico-social et professionnel.

Le docteur GORDTS, de Zellik, a bien voulu accepter de présenter le sujet: «Médecine d'équipe et Médecine de Groupe», et d'ouvrir ainsi le débat sur cette question de grande actualité.

7. Réunion du Conseil National.

Le Conseil National de l'an dernier s'étant tenu à Bruges, le docteur LADURON, président de l'Association, a été chargé de contacter les cercles d'expression française en vue de l'organisation de la journée.

8. **Congrès Européen des Médecins Catholiques.**

Du 6 au 10 septembre 1964 se tiendra le prochain Congrès Européen des Médecins catholiques, à Malte. Deux orateurs belges ont été demandés pour exposer la situation existant en Belgique en ce qui concerne la limitation des naissances et les rapports entre les médecins et l'Eglise.

Les docteurs DE GUCHTENEERE (de Bruxelles) et VERSTEELE (Malines) ont accepté de rédiger un rapport. (Voir dans ce bulletin et les suivants le programme du Congrès et les projets de voyage).

2. Association.

CERCLE DE BRUXELLES.

Réunion du jeudi 30 janvier 1964: «*L'amour conjugal, ce mal aimé*», par le Docteur Roger VAN GRUNDERBEECK.

Réunion du jeudi 27 février 1964: «*La répression des délits sexuels, collaboration possible du médecin et de l'avocat*», par Monsieur Guy DELFOSSE, avocat à la Cour d'Appel.

CERCLE DE LIEGE.

Réunion du 31 janvier 1964: «*Amérique Latine, réflexions après un voyage*» par Mademoiselle GILLARD, directrice du Centre de Formation Sociale de Liège.

3. Verbond.

LE NOUVEAU PRESIDENT

Le professeur HAVEN, ayant pour des motifs de convenance personnelle présenté sa démission comme président du VERBOND, celle-ci a été acceptée avec un très grand regret.

Le docteur LIBBRECHT a bien voulu accepter la charge de président du Verbond où ses qualités de cœur et celles d'organisateur feront certainement merveille.

CERCLE DE GAND.

Réunion du jeudi 13 février 1964: «*Pédagogie familiale*» par l'Abbé DE KEYZER, professeur à Louvain. Problème pédagogique lié au contact avec des jeunes de 12-15 ans et ceux de 15-18 ans.

CERCLE DE SAINT-NICOLAS.

Nouveau trésorier: Docteur KOSLOWSKI.

CERCLE DE MALINES.

Réunion du mercredi 19 février 1964 avec le cercle des Saints Côme et Damien: «*Les aspects humains du système de l'Assurances maladie-invalidité*» par Maître BEDDEGENOODTS, attaché au service social du Boerenbond belge.

4. Premier congrès européen des médecins catholiques.

MALTE — 6 au 10 septembre 1964.

La Société des Médecins Catholiques de Malte (Medical Officers Union) nous communique le programme détaillé du Premier Congrès Européen qu'elle est chargée d'organiser.

Il a été en effet décidé à Londres an 1962, lors du Xe Congrès International des Médecins Catholiques, qu'à l'avenir on organiserait périodiquement des congrès limités à un continent, en dehors et en supplément des Congrès Internationnaux qui seraient convoqués à des intervalles de temps supérieurs à deux ans. C'est ainsi que deux Congrès Asiatiques se sont tenus déjà en 1960 à Manille à l'initiative du Dr Alimurung et à Saïgon en 1962.

Le Congrès de Malte a pour thème général: LE MEDECIN CATHOLIQUE ET SON APOSTOLAT DANS LA FAMILLE. Ce thème général est subdivisé en trois parties, qui occuperont chacune une demi-journée, les après-midi étant consacrées à des réceptions officielles et autres, et à des excursions touristiques. Les sujets traités pendant ces trois séances sont les suivants:

1. *les consultations prénuptiales et leurs problèmes;*
2. *les problèmes médicaux de la régulation des naissances dans le mariage chrétien;*
3. *l'aspect médical de la mésentente conjugale.*

Pendant la quatrième demi-journée, le Congrès étudiera le thème: «*le médecin catholique et l'Eglise*», en guise de préparation au prochain Congrès Européen, dont ce sera le sujet principal.

Chacun des quatre grands sujets sera exposé par un rapporteur principal, dont le temps de parole n'excédera pas 30 minutes. Ces rapporteurs seront, dans l'ordre chronologique, un Anglais, un Français, un Allemand, un Italien. A la suite de chaque rapport général, des rapports plus courts, ne dépassant pas 10 minutes, seront présentés par cinq ou six médecins désignés d'avance, et appartenant à des pays différents. Suivra alors une discussion générale, où le temps de parole sera limité à 5 minutes. La Belgique a été sollicitée de présenter un rapport à la deuxième et à la quatrième séance: ces rapporteurs ont déjà été désignés par le Conseil d'Administration de la Société Médicale de St Luc.

Les langues officielles du Congrès sont l'anglais, le français, l'allemand, l'italien et l'espagnol. La traduction extemporanée sera assurée.

Le Comité du Congrès a préparé une série de réceptions, d'excursions et de fêtes pour les congressistes, qui seront précisées dans le programme officiel. Toutes sont comprises dans le droit d'inscription (6 L. St. par médecin, 3L. St. par personne accompagnant) sauf le banquet de clôture suivi de bal, dont le coût sera de 3 L. St. par personne. Parmi les réceptions, on signale celle du Gouverneur de l'Ile, celle du Gouvernement, celle de l'Archevêque, celles encore de plusieurs firmes pharmaceutiques et de plusieurs consulats. Le banquet final se tiendra au Palais des Grands Maîtres de l'Ordre Souverain et Militaire de Malte. Un Comité de Dames s'occupera de distraire les épouses et les enfants des Congressistes pendant les séances de travail.

Le Secrétariat général de Saint-Luc prépare un projet de voyage pour les médecins désireux de se rendre au Congrès de Malte. Une participation de 15 congressistes au moins permettra d'obtenir des prix très intéressants par avion (chartered plane).

5. Troisième congrès Asien des médecins catholiques.

Une large recension des travaux du Deuxième Congrès Asien des Médecins Catholiques à Saïgon a paru dans la Revue de l'AMAC (notre branche missionnaire) en son numéro 4 de 1963.

La Société Médicale Catholique de Saint-Luc de Bombay organise à Bombay, du 25 au 27 novembre 1964, le Troisième Congrès Asien des Médecins Catholiques. Le thème général en est: «MEDECIN ET FAMILLE».

A. Médecin et planning familial.

1. Conceptions modernes de la physiologie de la reproduction.
2. Méthodes du contrôle des naissances.
3. Indications du contrôle des naissances (aspects médical, économique, national).
4. Bases des diverses méthodes de contrôle des naissances (aspect moral, médical, économique, sociologique).
5. Expériences des délégués concernant les autres contrées où ont été adoptées des méthodes de planning familial.

B. Médecin et conseils matrimoniaux.

C. Médecin et éducation sexuelle.

Bibliographie

LE COEUR ET LA CHAIR — André FERRIERE
Edition Universitaires, 198 p. Prix: 87 frs.

On a écrit beaucoup de livres, souvent excellents, sur l'amour, le mariage, la sexualité, l'initiation sexuelle et les problèmes du couple en général. Toute une littérature d'inspiration chrétienne a proliféré depuis une trentaine d'années, à partir du moment où quelques précurseurs, comme les chanoines Dermine et Jacques Leclercq chez nous, les abbés Villet et Caffarel en France, ont secoué les anciens tabous hérités du XIXe siècle, et restauré les valeurs humaines incluses dans la sexualité et le mariage. On a vu se créer les mouvements des foyers chrétiens, l'école du mariage; une spiritualité conjugale s'est élaborée, totalement inconnue des générations précédentes, *dépouillée de tout faux angélisme et solidement enracinée dans les acquisitions récentes de la psychologie.*

Le livre de notre confrère FERRIERE nous offre un témoignage remarquable de la manière dont la génération qui est arrivée à l'état adulte vers le moment de la dernière guerre a assimilé ces données pour en faire une synthèse harmonieuse. Médecin (chef de service à la Clinique d'Ottignies) et psychologue, muni d'une vaste culture littéraire, scientifique et religieuse, nourrie aux sources bibliques, André FERRIERE nous donne une œuvre originale et personnelle dans un domaine où il semble pourtant que tout ait déjà été dit. Et avec cela, c'est enlevé d'une plume alerte, vivante, sans aucune pédanterie, ni étalage d'érudition: les choses des plus délicates sont énoncées avec simplicité et bonhomie. Mais tout y est, et il y a dans ces pages un tel accent de sincérité que les jeunes les plus exigeants en seront ravis.

L'initiation sexuelle y trouve sa place, et dans toute sa réalité, comme il est dit dans la préface. Mais l'ambition de l'auteur, c'est surtout «*de montrer la signification humaine de ces gestes élémentaires, de discerner les valeurs spirituelles qui s'expriment, parfois bien brutalement, par ces réalités charnelles. Il faut retrouver l'unité de l'homme*»... Ambition grandiose, mais réussie. Il suffit de lire le premier chapitre sur le mariage et les fiançailles pour comprendre aussitôt son souci de mettre la sexualité à sa vraie place dans le contexte humain: «*il n' y a pas d'amour vrai sans émerveillement physique. Il n'y a pas d'amour physique qui n'ait une certaine résonance spirituelle*». (A comparer avec Graham Greene dans «The End of the Affair»). Et plus loin: «*la morale sexuelle n'est pas faite d'une série d'interdits et de permissions. C'est une série d'indications qui doivent aider jeunes gens et jeunes filles — et les adultes aussi — à se situer et à mesurer les engagements qu'ils prennent en accomplissant certains gestes*».

Après deux chapitres sur la transmission de la vie et l'union sexuelle, l'auteur aborde ce qu'il appelle gentiment «*les maladies de l'amour*», parmi lesquelles il range pêle-mêle les perversions, les aventures, la masturbation, le sadisme et le masochisme, l'homosexualité, le flirt, l'avortement. Cet espèce de mépris des classifications consacrées par l'usage n'est pas de l'affectation de sa part. Cela montre simplement dans quelle perspective, pleinement humaine, il range les déviations de l'amour, dont les plus anodines aux yeux de la morale conventionnelle peuvent revêtir parfois une gravité réelle. A ce propos je voudrais souligner la parfaite liberté et la justesse psychologique d'une réflexion à l'emporte-pièce comme il y en a tant dans ce livre: «*Je déconseille formellement l'emploi de la prière pour vaincre les tentations charnelles. Je dis bien «l'emploi» la recette, le truc infaillible, la Sainte Vierge gardienne de nos petites puretés.* (·····) *On rabâche des prières* ····· *et on laisse courir son imagination.* (·····) *Chose plus grave, on bloque ainsi dans la même perspective, dans le même secteur de préoccupations, la prière et la sexualité. On crée artificiellement un réflexe conditionné qui jouera, plus tard, en sens inverse. Nos moments de prière les plus vrais, les plus intenses, seront submergés par une bouffée d'images sexuelles*».

Le dernier chapitre du livre, intitulé «*Eclairages*» se compose d'une série de réflexions autour d'un thème principal dont on sent bien qu'il est au centre des préoccupations habituelles de l'auteur: «*par le biais de la vie instinctive, tenter de situer l'homme, tel qu'il vit au XXe siècle, à sa juste place dans la lente évolution du monde vers sa libération*». Comme il le dit lui-même dans ses conclusions, «*il croit à l'unité fondamentale de l'homme — corps et âme — chair et esprit — pulsions instinctives et démarches libres. Rien ne s'oppose — sauf par accident et cet accident est le péché*».

Il faut lire ce livre d'une rare densité et qui dénote une expérience vécue et une pénétration psychologique de qualité exceptionnelle. Il faut aussi le faire lire, surtout par les jeunes. Les médecins — et particulièrement les médecins catholiques — sont souvent consultés au sujet de livres à conseiller aux jeunes gens ou jeunes filles aux prises avec les problèmes de l'amour et du mariage. Les voilà tirés d'embarras: plutôt qu'un simple manuel d'hygiène sexuelle, ils ont maintenant sous la main un livre de vie, un véritable bréviaire de l'amour humain dans toutes ses dimensions. Et en le recommandant à leurs clients, ils auront en outre le plaisir de se dire que ce maître livre a été écrit par un de leurs confrères.

Dr. R. De G.

RECHERCHE DE DIEU, RECHERCHE DE L'HOMME.

Maria LEBLANC. — Editions Universitaires: 163, rue du Trône — Bruxelles.

Ce petit opuscule de moins de cent pages est une succession de notes extraites du journal d'une A.F.I. prématurément enlevée par la maladie à l'âge de 33 ans. Au fil des pages, on imagine «*l'humble cheminement de la grâce...*». C'est ce qui en fait la grandeur et la simplicité. Ce magnifique témoignage de l'appel

de Dieu est un reflet de la lutte continuelle qu'a mené la jeune A.F.I. Il trouve par là un écho en nous même et peut fortifier notre courage.

J.G.

UN PAS EN AVANT DANS LA PROTECTION DE L'ENFANCE HANDICAPEE.

Edit. Ligue des Familles Nombreuses et Jeunes Foyers — Bruxelles.
30 frs. — C.C.P. 485.74.

Devant la nécessité de coordonner l'action des différentes œuvres qui se dévouent à cette cause, la Ligue des Familles Nombreuses décida en fin 1962 de se mettre à l'étude du problème. Un appel fut adressé à d'éminents spécialistes ainsi qu'à des représentants d'organismes qui œuvrent pour le bien des handicapés, et en mars 1963, la Ligue put réunir une assemblée nombreuse qui parvint à synthétiser les différentes tendances de ses participants dans une ligne d'action commune à laquelle la Ligue ajouta le poids de son importance nationale.

Les participants de la Semaine de l'Enfance Handicapée qui fut tenue récemment ont renouvelé leur adhésion complète au travail de la commission, et ce premier pas dans la coordination des moyens et des actions est un évènement qui mérite d'être souligné.

Nous donnons ci-après un large aperçu de la brochure.

Importance du Problème.

Il n'existe aucune statistique officielle concernant l'Enfance Handicapée en Belgique; sur base d'estimation faites en 1957, le Fonds des Handicapés a dénombré quelque 786.553 handicapés, enfants et adultes, ce chiffre englobant les tuberculeux, cancéreux, cardiaques, etc...

Dans sa communication relative à l'enseignement spécial qui a été publiée dans les Cahiers du Centre d'Action Sociale de mars 1961, Mr. Pierre BATON estime que 145.000 enfants devraient pouvoir bénéficier de l'enseignement spécial en Belgique: il s'en trouvait 22.000 en 1963, selon une déclaration de Monsieur LAROCK à la Chambre des Représentants.

Ces chiffres paraissent extraordinaires et le sont d'autant plus qu'on sait que de nombreux handicaps peuvent être sinon neutralisés, à tout le moins surmontés, pour autant qu'ils soient dépistés, diagnostiqués et traités en temps utile, et que d'autre part, la société offre aux handicapés les techniciens et les Institutions d'Education Spéciale dont ils ont besoin.

La nécessité d'une coordination est donc parfaitement réelle, qui assurera aux jeunes handicapés les meilleures conditions de développement, d'adaptation et d'INTEGRATION SOCIALE.

Ceux qu'il faut aider.

Qu'entend-on par «enfant handicapé»?
L'enfant handicapé est celui qui souffre d'une déficience physique ou mentale, voire des deux à la fois. Cette déficience est évaluée par rapport à l'ensemble du groupe humain considéré (les enfants du même âge, sexe, milieu social en l'occurence).

L'enfant handicapé est donc toujours considéré par référence à la moyenne: il est un *enfant «pas comme les autres»*, il se sépare du groupe par une déficience qui constitue un amoindrissement:

— soit physique: malformation, cécité, surdité, troubles neurologiques etc...
— soit mental: arriération, débilité sous toutes les formes et à tous les degrés;
— soit par des troubles du caractère, du métabolisme, de l'affectivité etc... qui constituent d'autres formes de handicap.

L'enfance handicapée est un groupe hétérogène: le sourd, l'aveugle, le paralysé cérébral, le caractériel ont des problèmes extrêmement différents. Ils ont cependant un dénominateur commun, c'est d'être handicapés, «pas comme les autres»; *ils ne sont pas encore des inadaptés mais ils risquent de le devenir.*
Les efforts doivent tendre à éviter que ce risque se réalise. Quels sont les problèmes à résoudre? Ils peuvent se rattacher aux quelques points suivants:

— le dépistage des handicaps;
— l'enfant handicapé dans sa famille;
— l'enseignement spécial;
— l'adaptation sociale et professionnelle;
— l'aide sociale aux enfants handicapés;
— les ateliers protégés;
— la société et l'enfance handicapée.

Le Handicap.

Si certains handicaps ne sont que trop visibles, d'autres ne se manifestent pas de manière spectaculaire; c'est notamment le cas de certaines arriérations mentales. Souvent les parents ne s'en rendent compte que lorsque l'enfant a franchi les portes de l'école.

D'autres peuvent être aisément décelés. Mais il se trouve des parents qui, fort humainement, refusent d'accepter le handicap de l'enfant: cette réaction s'explique par la désillusion que représente aux yeux des parents la naissance d'un enfant handicapé. Dès la découverte du handicap, ils ont un premier acte de courage à poser: *en reconnaître la réalité immédiatement.* Il faut en effet à l'enfance handicapée une *éducation précoce*: la personnalité du tout jeune enfant est malléable, et permet avec le maximum de chances de procéder à l'action d'éducation spéciale qui est indispensable.

Après le milieu familial qui peut être efficacement aidé par l'ONE, c'est le jardin d'enfants qui est le mieux à même de dépister rapidement les handicaps des jeunes enfants.

La Famille.

1. S'il s'agit d'un handicap de naissance, *les parents auront besoin d'aide* pour surmonter les sentiments de découragement et d'isolement qui les menacent. Ces sentiments risquent de créer un climat de prostration, de dépression chronique extrêmement préjudiciable à la rééducation de l'enfant handicapé.

Le deuxième écueil à éviter est la surprotection: elle accroît le sentiment de dépendance de l'enfant, ainsi que son inaction, ce qui risque de le bloquer dans son handicap.

Le troisième danger surgit lorsqu'il y a plusieurs enfants: il consiste à *sacrifier les frères et sœurs* au profit du petit handicapé; d'où chez ceux-là, sentiment de frustration et risque d'une éducation manquée et d'échecs scolaires.

2. L'enfant handicapé, lui, doit *surmonter des sentiments d'infériorité*, de frustration, d'impuissance, qui menacent de le conduire soit à des réactions d'agressivité, soit à une attitude de découragement et de refus de coopération. L'attitude positive de la famille consiste à prendre conscience de la juste mesure du handicap et ensuite de répondre aux besoins de l'enfant handicapé dans une perspective de valorisation et d'adaptation sociale.

Il faut établir une véritable HYGIENE MENTALE des handicapés; l'enfant handicapé a besoin de prendre conscience de sa valeur: ce ne sera possible que SI SES PARENTS Y CROIENT, ET SI LA SOCIETE L'Y AIDE.

L'Enseignement.

Il n'y a pas de véritable obligation scolaire pour les enfants handicapés; en outre les parents ont souvent le choix entre les écoles ordinaires et les écoles spéciales: trop d'entr'eux choisissent les écoles ordinaires — ce qui est parfois une manière de nier le handicap — alors que leur enfant n'est pas à même de bénéficier de leur enseignement. Il en résulte une trop faible demande d'écoles spéciales, ce qui en ralentit la création.

L'on peut se demander s'il ne convient pas d'*instaurer l'obligation d'enseignement pour les enfants handicapés*, dans des conditions parallèles à celles prévues par le Pacte Scolaire. Des *écoles spéciales* doivent être mises à la disposition des enfants handicapés qui ne sont pas à même de suivre avec profit l'enseignement ordinaire; certains vœux peuvent être émis à ce propos:

1. *à l'égard du personnel de l'enseignement spécial:*

— une formation spéciale des maîtres, à la fois théorique et pratique;
— des inspecteurs - conseillers pédagogiques, spécialement au fait des problèmes de l'enseignement spécial;
— un statut du personnel, tant enseignant que médical;

2. *du côté des établissements scolaires:*

— l'implantation dans tout le pays d'écoles et de classes spéciales en fonction des besoins (recensement);
— le regroupement des handicapés selon la nature de leur handicap;

— l'effectif limité des classes d'enseignement : les classes d'E.S. ne pourraient comporter que 10 à 12 enfants au maximum (il en faut actuellement un minimum de 12 pour être subventionné);
— la préférence à donner aux externats (ou demi-pension) qui maintiennent l'enfant handicapé dans sa famille;
— l'adjonction aux écoles et classes d'enseignement spécial de spécialistes de différentes disciplines: médecins, psychologues, kinésistes;
— la création de classes de préapprentissage.

3. *en matière de méthodes et de techniques:*

- l'étude scientifique systématique des méthodes de l'E.S., et une publication relatant celles-ci ainsi que les expériences faites à l'étranger.

La Société.

L'attitude de la société à l'égard des enfants handicapés doit être *de valorisation, et non de commisération* envers des êtres considérés comme amoindris. C'est ainsi qu'à l'école, ordinaire ou spéciale, les maîtres se garderont d'une part de mésestimer les possibilités des enfants handicapés, et d'autre part d'avoir à leur égard des faiblesses inspirées par le pitié: pour s'adapter socialement, les enfants handicapés doivent *entrer aussitôt que possible dans le jeu de la compétition sociale.*

Il est capital de *les orienter vers des métiers rentables,* capables de leur procurer des ressources: sauf cas exceptionnels, il est recommandé d'abandonner les solutions traditionnelles, qui risquent de mener à des impasses, pour répondre aux besoins de main-d'œuvre de l'industrie contemporaine.

Cette compétition sociale ne doit d'ailleurs pas seulement jouer entre handicapés: chaque fois que c'est possible, il faut les réintroduire *dans le circuit général* et les mêler aux autres enfants. *La «perfection» de certaines institutions ne peut pas conduire au ghetto.*

Dans cette double démarche de l'accueil de la société et de l'engagement de l'handicapé au sein des autres hommes, le rôle de la famille et de l'entourage est décisif: ce sont eux qui déterminent l'attitude de départ.

Cette optique de valorisation n'exclut pas une aide spécifique qui porterait sur divers points: comme les post-cures (poursuivre après l'école les efforts de réadaptation entrepris), les foyers pour handicapés, l'organisation de leurs loisirs, le placement des handicapés; à l'exemple des Pays-Bas, la Belgique a entrepris depuis quelques années des expériences d'«*Ateliers Protégés*» sous la direction d'éducateurs, de jeunes handicapés (arriérés mentaux semi-éducables d'un quotient intellectuel inférieur à 60) ont entrepris des travaux simples à un horaire réduit; après quelques mois, le rendement s'est fortement amélioré et les milieux industriels pourraient être intéressés à leur confier du travail.

Actuellement, les pouvoirs publics les subsident, mais d'une manière insuffisante.

Un cahier de Revendications.

Un cahier de Revendications a été établi à l'égard des pouvoirs publics dont l'action devra tendre aux objectifs suivants:

— la prévention des handicaps;
— le dépistage précoce et le diagnostic précis;
— l'amélioration du traitement des handicapés par des institutions bien équipées et dotées d'une personnel qualifié;
— la généralisation et la gratuité de l'enseignement spécial pour les enfants handicapés;
— la formation professionnelle et le placement des handicapés, jeunes ou adultes;
— l'intégration sociale des handicapés auxquels un statut approprié devra être accordé.

Les Ministres de la Prévoyance Sociale, de la Santé Publique et de la Famille, de l'Education Nationale et de la Culture, de l'Emploi et du Travail et le Ministre des Finances devront coordonner leur action afin d'assurer la valorisation et l'intégration sociale de près de 150.000 enfants qui n'exigent de la société que le simple droit de vivre comme tout le monde.

Ch. De G.

DOCUMENTATION «LEGISLATION SUR LES HOPITAUX»

André PRIMS — Edit. Hospitalia — 5 rue Guimard — Bruxelles 4 — 300 frs. C.C.P. 370.44.

La Fédération des Institutions Hospitalières de Caritas Catholica a pris l'initiative d'éditer sous forme de vade-mecum un recueil de la législation hospitalière. Le texte de chaque loi, arrêté royal, arrêté ministériel, circulaire officielle, etc., concernant les cliniques paraîtra dans le cadre de cette documentation. Le texte de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux constituera la première partie de cette édition.

Les lois, arrêtés etc. qui ne concernent pas exclusivement les cliniques mais qui présentent pour elles un intérêt direct seront également insérés dans cette documentation non in extenso, mais uniquement le texte se rapportant aux cliniques.

Cette documentation qui se trouve sous la direction de Monsieur André PRIMS, Docteur en Droit, Maître de Conférences à l'Université de Louvain, comprend provisoirement six parties:

A. Les lois.

B. Les arrêtés royaux et ministériels.

C. Les circulaires officielles.

D. Les lois, etc. qui ne concernent pas exclusivement les cliniques.
E. Notes interprétatives.
F. Les conventions.

Les textes de chaque partie ont une couleur différente.

---

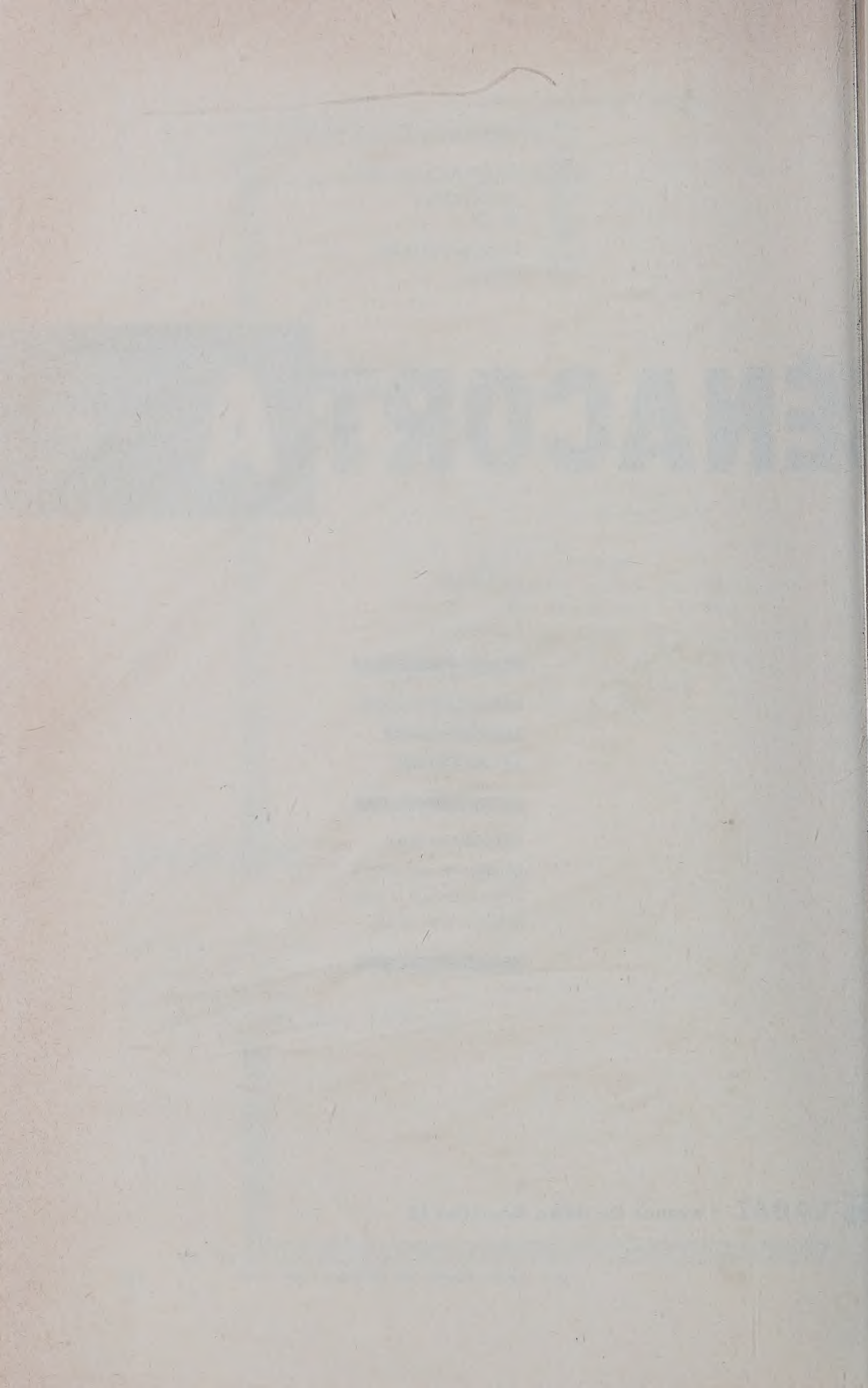
prière :

SEIGNEUR

que je soigne mon malade
comme si c'était lui le médecin
et moi le malade...
que je fasse aux autres
ce que j'aimerais qu'on me fasse...
en cela seront satisfaites à la fois
la JUSTICE (mon devoir de compétence)
et la CHARITE (mon devoir d'aimer)
qui conditionnent toutes deux
le vrai service des autres.

pensée

être des médecins
pour la personne
et non seulement
pour la mécanique médicale!



SOMMAIRE ANALYTIQUE

—

Société Médicale Belge de Saint-Luc

(*Association sans but lucratif*)

Président Général: Dr. Ch. de Gheldere
Secrétaire général: Dr. M. Kivits - *Trésorier*: Dr. J. Gillis
Secrétariat général: 19 avenue de l'Yser - Bruxelles 4
Tél. 35.36.02

Société de Saint-Luc de Bruxelles, 28, rue Ch. Legrelle - Bruxelles 4
Société de Saint-Luc Centre, 37, rue du Parc - La Louvière
Société de Saint-Luc de Charleroi, 199, Grand'rue - Charleroi
Société de Saint-Luc de Liège, Clinique de et à Rocourt
Société de Saint-Luc de Mons, 53, boulevard Dolez - Mons
Société de Saint-Luc de Namur, Chemin des Vieux Murs - Namur
Société de Saint-Luc de Verviers, 165, chaussée de Heusy - Verviers

Jeunesse Médicale de Saint-Luc

Jeunesse Médicale de Liège, 14, quai Churchill - Liège
Cercle Médical Saint-Luc de Louvain, 17, rue Notre Dame - Louvain.

Assistance Médicale à l'Afrique Centrale

Secrétariat Général: 111, boulevard Louis Schmidt - Bruxelles 4.